

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1899

THÈSE

N° 644

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 22 juillet 1899, à 1 heure.

PAR

A. FOUGÈRES

Né à Beaune (Côte-d'Or), le 16 avril 1872.

DE LA CURE RADICALE

DES

ULCÈRES VARIQUEUX

PAR

L'ÉLONGATION DES NERFS

(PROCÉDÉ DE CHIPAULT)

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : } MM. BLANCHARD, professeur.
MARFAN et ALBARRAN agrégés.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1899

Année 1899

THÈSE

N°

614

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 22 juillet 1899, à 1 heure.

PAR

A. FOUGÈRES

Né à Beaune (Côte-d'Or), le 16 avril 1872.

DE LA CURE RADICALE

DES

ULCÈRES VARIQUEUX

PAR

L'ÉLONGATION DES NERFS

(PROCÉDÉ DE CHIPAULT)

Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. BLANCHARD, professeur.
MARFAN et ALBARRAN agrégés.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHT.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		N...
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN.	VAQUEZ
ANDRE.	GAUCHER	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle s'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière
Chevalier de la Légion d'Honneur.

AVANT PROPOS

Parmi les affections dominant dans les hôpitaux, il en est une qui s'offre chaque jour à nos yeux et qui est bien le type de l'affection de la classe laborieuse : nous voulons parler de l'ulcère variqueux. « L'ulcère variqueux est aux pauvres, ce que le diabète est aux riches » disait naguère un de nos maîtres. Chercher à exposer et à documenter autant que possible les récentes découvertes de notre maître M. Chipault sur le traitement de l'ulcère variqueux par l'élongation des nerfs, tel est le but que nous nous proposons. Pussions-nous avoir fait œuvre utile en vulgarisant par ce modeste travail un traitement sur lequel semblent fondées de grandes espérances !

Mais avant d'aborder notre sujet, c'est pour nous un agréable devoir d'adresser l'expression de notre profonde reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont guidé dans le chemin de nos études médicales.

En premier lieu, nous ne saurions trop remercier M. le docteur Dieulafoy, professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, qui fut notre premier maître à l'hôpital Necker et dont l'enseignement clinique si brillant n'a cessé de nous captiver et de nous charmer.

Dans le même hôpital, M. le docteur Huchard nous a procuré l'occasion d'aborder l'étude si intéressante des maladies du cœur dans des leçons marquées au coin d'une simplicité et d'une paternité spéciale.

Nous fîmes nos premiers pas dans la voie de la chirurgie sous la direction bienveillante de M. le docteur Tillaux, professeur de clinique à l'hôpital de la Charité ; nous en avons conservé le meilleur souvenir.

Quelques mois après nous eûmes le plaisir de profiter à l'hôpital Necker de l'enseignement pratique de M. le professeur Rendu, auprès duquel nous avons toujours rencontré une sympathie et une bienveillance qui ne se sont point démenties.

M. le professeur Bar, médecin accoucheur à l'hôpital Saint-Antoine, nous a initié avec talent à la gynécologie et à l'art des accouchements. Nous lui en serons toujours reconnaissant.

Notre maître M. le docteur Chipault a bien voulu nous aider de ses conseils et nous donner des observations intéressantes ; qu'il reçoive le témoignage de notre gratitude.

Nous savons gré tout particulièrement à notre ami, Mirande, interne des hôpitaux, du concours qu'il a bien voulu nous prêter dans les recherches bibliographiques qu'à nécessitées ce travail.

Enfin nous remercions M. le docteur Raymond, professeur de clinique à l'hôpital de la Salpêtrière, du grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

La trop grande richesse thérapeutique d'une affection doit faire mal augurer de l'efficacité des moyens jusque-là employés. Quand le médecin ou le chirurgien s'ingénient à trouver un traitement nouveau, ce n'est pas par amour de l'art, ce n'est pas dans un but purement spéculatif, mais bien plutôt parce qu'il n'a pas trouvé dans ceux dont il disposait jusque-là, celui qui lui donne une certitude morale de guérison pour le malade. C'est alors qu'on voit chaque jour le chapitre du traitement s'allonger d'un nouveau paragraphe, et les formulaires conter de nouvelles recettes médicamenteuses, jusqu'à ce qu'enfin, le hasard ou le génie, ayant fait découvrir un traitement spécifique et véritablement efficace, tous les autres disparaissent ou n'ont plus qu'un rôle accessoire. Y avait-il, par exemple, thérapeutique plus encombrée que celle de la diphtérie ? Pour elle, chaque auteur préconisait une méthode curative qui, pour lui être personnelle, n'en était, hélas, pas plus efficace ; la découverte du sérum de Roux et de Behring est venu mettre fin à toutes ces hésitations, et unifier, en le simplifiant, le traitement de cette terrible maladie.

En un mot, contrairement à ce qu'on pourrait penser de prime abord, la trop grande abondance de moyens de traitement d'une affection n'est pas une preuve de la richesse de sa thérapeutique, mais au contraire, un signe de pénurie ou plutôt d'inefficacité.

Et malheureusement, cette situation qui ne devrait se

rencontrer, semble-t-il, que dans les affections rares dont le médecin a eu peu à s'occuper, est, au contraire, souvent l'apanage de maladies communes, et que le médecin rencontre à chaque pas dans sa carrière.

C'est précisément le cas des ulcères variqueux dont nous nous occuperons dans ce travail. Cette affection très commune, car c'est sur des centaines de cas que portent les observations des auteurs qui s'en sont occupés, est des plus pénibles pour le malade, et dans bien des cas, des plus désespérantes pour le médecin. Aussi, devait-il être intéressant de suivre les efforts de ceux qui cherchent à remédier à cet état de choses, et c'est pourquoi nous avons voulu attirer l'attention sur le procédé très logique et très séduisant, pratiqué récemment par le docteur Chipault, du traitement des ulcères variqueux par l'élongation nerveuse.

Sans doute, ce moyen de traitement ne compte que quelques années à peine, les preuves qu'il a déjà fournies ne sont pas encore assez nombreuses ni anciennes pour qu'on puisse généraliser d'une façon absolue, mais néanmoins ces observations sont assez probantes pour nous donner la conviction que l'élongation des nerfs prendra bientôt dans la thérapeutique de l'ulcère variqueux une place importante, et qui sait, peut-être même, la place exclusive du procédé de choix.

Mais avant d'aborder ce mode de traitement, il importe de donner à l'ulcère variqueux la place qu'il doit occuper dans le cadre nosologique, de rechercher au milieu des théories qui encombrant sa pathogénie, celle qui est la plus en rapport avec les données étiologiques, cliniques et anatomo-pathologiques, de préciser ensuite ses symptômes, en mettant en relief sa nature de trouble trophique. Nous aborderons ensuite le mode de traitement qui apparaîtra

alors comme la conclusion de ces théories et dont les premiers résultats d'ailleurs semblent venir en donner la pleine confirmation.

Dès lors, le plan de ce travail est tout tracé. Il comprendra :

I. Définition et considérations pathogéniques.

II. Considérations symptomatiques.

III. Traitement par l'élongation.

A) Historique.

B) Manuel opératoire.

C) Observations et résultats.

IV. Conclusions.

I

Définitions et considérations pathogéniques

L'ulcère variqueux agrée la définition commune aux autres ulcères : c'est une solution de continuité des téguments qui ne présentent pas une tendance anormale à la cicatrisation.

Mais si ces caractères symptomatiques ne laissent pas de doute sur son entité clinique, encore sa nature ne s'adapte-t-elle pas aisément aux caractères généraux, qui essaient de distinguer les groupes des différents ulcères.

Terrier reconnaît trois catégories d'ulcères : les ulcères relevant de causes générales, ulcères syphilitiques, tuberculeux, nerveux, cancéreux ; les ulcères symptomatiques, les anciens ulcères sympathiques des auteurs du *Compendium* ; ceux-là sont un symptôme dépendant, soit de la présence d'un corps étranger, soit d'une nécrose, d'une carie, d'une exfoliation tendineuse. Ils comprennent les ulcères se montrant au niveau de cicatrices que comprime un cal et aussi des ulcères variqueux. Enfin dans une troisième classe, celle des ulcères simples ou idiopathiques, rentrent les ulcères dont l'origine est obscure. « S'il y avait avantage à changer les mots, dit Terrier, nous désignerions la classe des ulcères dits simples, sous le nom d'ulcères de cause inconnue. » Les ulcères dus à des troubles trophiques d'origine nerveuse ou vasculaire, les ulcères liés à des manifestations diathésiques, arthritisme, herpétisme, appartiennent à ce groupe.

Voici donc l'ulcère variqueux au nombre des ulcères symptomatiques, et je crois bien que sa présence dans ce groupe ne vaguère à l'encontre du reproche d'œuvre artificielle qui s'adresse à toute classification. Si l'ulcère variqueux est, en effet, un symptôme lié à l'existence des varices il a été envisagé au même titre que les varices comme une manifestation de l'arthritisme, et nous verrons que sa nature de trouble trophique d'origine nerveuse ou vasculaire paraît démontrée ; nous voilà donc double droit de domicile dans le troisième groupe des ulcères.

En somme, l'ulcère variqueux reste seulement étranger à la catégorie des ulcères relevant d'infection générale.

Symptomatique des varices d'une part, sous la dépendance d'autre part d'un état diathésique, il reste comme le type des ulcères locaux.

L'étude de l'ulcère variqueux a son début en Angleterre avec Hunter, Belle, Cooper, Baynton ; plus tard Roux, Blandin, Richerand, Marjolin font connaître ces travaux en France, et enrichissent de leurs études personnelles les connaissances acquises sur ce point ; mais c'est seulement dans l'ère contemporaine que le sujet a pris tout son intérêt, lorsque s'est posée la question de pathogénie de l'ulcère variqueux.

Terrier et ses élèves, Schreider, Gilson, ont su dégager de l'observation minutieuse des symptômes cliniques des notions pathogéniques nouvelles. Lancereaux et Quénu ont cherché à les rattacher à des causes générales, et la thérapeutique n'a pas tardé à bénéficier de ces données.

Lorsque l'on s'applique à connaître quelle est la nature de l'ulcère variqueux, la première question qui se pose à l'esprit a trait au mécanisme intime de l'ulcère : par quel processus pathologique se produit et persiste l'ulcère variqueux ? Ce n'est qu'ensuite qu'il convient de se demander

sous quelle influence s'altèrent les tissus, quelle est la raison de cette évolution ulcéralive. C'est ainsi que nous étudierons d'abord le processus de l'ulcération avant d'aborder l'étude de la pathogénie de l'ulcère variqueux.

La première théorie qui a cherché à expliquer le mécanisme de l'ulcération est celle de Hunter. L'ulcération est due à une inflammation d'un caractère spécial : il y a diminution dans l'apport des matériaux organiques ou exagération dans l'absorption des mêmes éléments. Il s'agit donc d'une véritable résorption par la voie lymphatique ; la formation du pus est consécutive.

Cruvelhier, Robin, Cornil et Ranvier ont soutenu la thèse de nécrose molléculaire progressive. L'ulcération serait sous la dépendance d'une inflammation coexistant avec la modification cellulaire des tissus. Il y a deux termes dans ce processus : l'inflammation amenant la prolifération cellulaire réactionnelle et la nécrose. La réaction, l'inflammation des tissus « qui subissent une véritable irritation » selon le mot de Claude-Bernard, est constante, elle explique qu'au fond de l'ulcère existe un revêtement de cellules embryonnaires ; mais ces éléments néoformés, soumis aux mêmes influences, se nécrosent avant leur organisation et ainsi échouent les essais de réparation. Quant à la mortification, elle est lente, elle s'accomplit sous forme de débris molléculaires ou de détritits liquides ; rarement elle frappe une notable portion des tissus, soit par suite d'oblitération d'un rameau artériel, soit par tout autre mécanisme, et dans ce cas, elle n'appartient pas à la formation de l'ulcère mais elle a la valeur d'une complication dans sa marche ; enfin les phénomènes de putréfaction manquent, d'où le nom de nécrose molléculaire progressive dont a pu la qualifier Gilson.

Nous connaissons maintenant les idées qui régissent à

l'heure actuelle la genèse de l'ulcération au sein des tissus ; il est intéressant de remonter aux causes premières qui tiennent sous leur dépendance le processus ulcéraif, de rechercher à quel trouble pathologique il convient de le rattacher.

Une étude sur la pathogénie des ulcères variqueux se heurte dès l'abord à quelques difficultés. Je crois que deux facteurs contribuent à en obscurcir la notion : la multiplicité des causes invoquées par les auteurs embarrasse ; puis l'esprit associe d'emblée l'ulcère variqueux aux varices, et l'ulcère se ressent de l'incertitude où se trouve encore la pathogénie de ces dernières.

Il convient donc après avoir résumé les différentes théories qui ont cherché à expliquer la production de l'ulcère variqueux, de faire dès le début la part de vérité qui revient à chacune d'elles. Cette première discussion montrera le rôle prépondérant des lésions veineuses et des lésions des nerfs. Elle amènera à préciser le deuxième point : les rapports qui unissent les varices aux ulcères variqueux, et à ce point de vue nous étudierons la part que doit l'ulcère à la pathogénie générale des varices et les facteurs pathogéniques propres qu'empruntent l'ulcère aux varices elle-mêmes.

Il y a longtemps que la clinique a remarqué que ce ne sont pas les membres surchargés de pelotons variqueux qui s'ulcèrent le plus volontiers et d'autre part les sujets porteurs d'ulcères « cette vermine des hôpitaux » de Boyer, sont moins riches en varicosités superficielles. « Il faut donc autre chose pour faire une ulcération que des varices », dit Quénu. La nécessité s'imposait de rechercher quoi, et c'est ainsi qu'à côté de l'influence des altérations veineuses, on a fait jouer un rôle aux lésions des artères, des lymphatiques, puis des nerfs ; d'où quatre théories pathogéniques

de l'ulcère : théorie veineuse, théorie lymphatique, théorie artérielle, théorie nerveuse. Une cinquième théorie réunit les différentes données pathogéniques dans une sorte de synthèse, c'est la théorie constitutionnelle.

La théorie veineuse s'appuie sur la coexistence constante d'une des trois formes de varices avec ulcères : la forme de varicosités cutanées fines étant celle que l'on rencontre le plus fréquemment au dire de la majorité des auteurs, « ce sont surtout elles qui font courir des dangers à la peau » (Le Fort). Trendelenburg seul, incrimine surtout la dilatation de la saphène externe et de ses branches qui amènerait une insuffisance valvulaire ; le poids de la colonne sanguine jouerait alors le rôle principal. Les lésions veineuses sont insuffisantes à elles seules pour expliquer la production de l'ulcération, nous verrons le rôle considérable qu'elles jouent par l'intermédiaire des cordons nerveux.

La part des artères a été revendiquée par Schreider, Rienzi, Quénu, Gilson. On ne peut nier que l'athérome des artères, fréquent dans les membres variqueux, n'ait pas une certaine part dans la genèse de l'ulcération. Cette part paraît prouvée par la coexistence de gangrène sénile, par le sphacèle des lambeaux après l'amputation du membre variqueux ; — c'est par son intermédiaire que l'alcoolisme aurait une action sur l'ulcère. —

Les lésions des lymphatiques ont été invoquées comme cause déterminante de l'ulcération par Sappey et son élève Gérard ; l'angioleucite agirait par la gêne circulatoire, elle produirait l'œdème, mais là paraît se borner cette action des lymphangites que Jeanselme a mis en lumière dans la pathogénie des dermites éléphantiasiques variqueuses.

La participation du système nerveux au processus ulcératif est de date plus récente. Les noms de Pallenc, d'Aguillon, de Picard, d'André, ceux surtout de Terrier et de Quénu, sont liés à cette théorie.

Déjà Terrier et ses élèves, Séjournet, puis Schreider, avaient au point de vue clinique, envisagé la question. Ils avaient décelé des troubles dans les divers modes de la sensibilité, et particulièrement de la sensibilité thermique avant l'apparition de l'ulcère. Auzilhon de Montpellier, signalait au niveau de l'ulcère, une anesthésie relative. Séjournet concluait à la probabilité de lésions nerveuses dans l'ulcère variqueux. Ces lésions entrevues par Gombault dans un mémoire de Reclus en 1879, n'ont, en fait, reçu toute leur signification pathogénique que dans l'étude de Quénu parue en 1882. De ce jour date la relation de cause à effet expliquant par un véritable trouble trophique le mode de production de l'ulcère. Nous aurons à revenir plus longuement sur l'origine, la nature et le mode d'action des lésions nerveuses.

Une dernière théorie a cherché un lien entre ces différentes scléroses artérielles, veineuses, nerveuses et les a rattachées à une origine unique, l'arthritisme concourant à la déchéance des tissus (Besnier, Lancereaux, Broca). — Pour Lancereaux, l'influence du système nerveux serait même dominante ; il lui subordonne l'artérite et la phlébite, à titre de lésions trophiques, comme l'ulcère. Celui-ci apparaîtrait quand sont établies les lésions vasculaires.

C'est sur ce terrain prédisposé dans lequel le retentissement des lésions les unes sur les autres a en quelque sorte « rendu les tissus infirmes, » selon l'expression de Besnier, qu'une cause occasionnelle simple, traumatisme, infection, station debout, suffira à réaliser l'ulcération.

Il ne ressort de cet exposé pathogénique deux faits : c'est que l'existence de varices est capitale pour la production de l'ulcère variqueux ; mais que celui-ci paraît être sous la dépendance directe des altérations du système nerveux. Quels sont les rapports entre les varices et les ulcères ?

Quel est le rôle de l'altération nerveuse ? Comment s'enchaînent ces deux facteurs ? Voilà les points qu'il nous faut maintenant exposer.

Les rapports entre les varices et les ulcères ont subi dans leur histoire une sorte de gradation. Follin croit que l'ulcère s'accompagne de varices tantôt primitives, tantôt consécutives. Nélaton, après Boyer, dit que sont variqueux les ulcères entretenus par les varices ; pour Terrier, enfin, l'ulcère résulte de la présence des varices. Le rapport exact n'en reste pas moins à définir ; en fait, conclue Quénu, « l'ulcère simple s'observe surtout chez les variqueux ».

L'intervalle qui sépare l'apparition de l'ulcère de celle des varices n'est pas plus précis, car l'on sait depuis Verneuil que les varices profondes précèdent les varices superficielles, et ceci explique les ulcères contemporains ou même précurseurs des varices. La période toutefois paraît assez longue, d'après les chiffres de Séjournet : sur 10 cas sept fois l'intervalle atteignait de 10 à 31 ans.

Ceci étant établi, on conçoit que l'ulcère dépende à certains titres des mêmes phénomènes qui produisent les varices et nous retrouvons dans sa pathogénie, à côté de causes purement mécaniques, l'action du système nerveux que nous avons déjà eu à envisager, agissant soit par innervation trophique générale (Lancereaux), et provoquant alors l'artério-sclérose à côté de la phlebo-sclérose, limitant son action à la paralysie des vaso-constricteurs ou à l'excitation des vaso-dilatateurs suivant la théorie soutenue par Rienzi.

Nous serons bref sur l'influence des professions comportant la station debout ou le séjour dans le froid humide, de la pauvreté et de la mauvaise nourriture, de la constitution (on sait que Pallenc incrimine la constitution pléthorique).

Mais l'ulcère se rencontre chez les ouvriers assis (Rigaud) ; il est rare chez les tanneurs et les mégissiers dont le métier

exige le séjour dans les lieux humides ; par contre il est fréquent chez les cultivateurs bien nourris et sobres (Pallenc) ; enfin il ne s'observe guère chez la femme qui est plus facilement variqueuse que l'homme. Nous aurons plus égard à l'âge : cinquante ans, donnés comme moyenne par Auzilhon. Enfin nous signalerons la prédisposition pour les membres inférieurs. Elle a fait naître l'hypothèse d'une débilité plus grande des tissus à leur niveau : Terrier l'appuie en remarquant que la différence est considérable dans le mode de réaction pathologique entre le membre supérieur et l'inférieur ; elle s'explique plus clairement par une activité moindre de la circulation veineuse et lymphatique, et par l'exposition au traumatisme.

La plus grande fréquence à la jambe gauche est plus obscure, les artères en seraient plus petites (Richerand) ; tout au plus, peut-on supposer une disposition anatomique particulière, favorisant le développement des diverses affections du système veineux du côté gauche (varices, thrombose) (Terrier).

En fait deux causes restent : la prédisposition du membre inférieur, l'influence de l'état variqueux.

Par quel mécanisme les varices amènent elles l'ulcération ?

Boyer pensait que la dilatation des veines provoquait l'engorgement lymphatique.

Les auteurs du Compendium ont invoqué une influence indirecte : c'est par l'œdème qu'agiraient les varices. Il se produirait dans le membre un ralentissement de la nutrition, une sorte d'atonie permettant l'hypothèse de gangrène ; c'est ainsi que Marcano explique les ulcères chez les cardiaques. Cette explication supposait d'ailleurs quelque vice indéterminé de constitution dont on ignorait la nature. Mais si l'œdème peut favoriser l'ulcère, il paraît incapable de le produire : il n'y a pas d'ulcère chez les albuminuriques

avec anasarque ; la lésion cardiaque ne paraît pas être la cause, mais une circonstance adjuvante de l'ulcère, c'est un effet d'une altération constitutionnelle, une lésion connexe de l'ulcère (Terrier).

Quénu a enfin montré que c'est par l'intermédiaire du système nerveux qu'agissent les altérations du réseau veineux. Il s'appuie sur la clinique et sur l'observation anatomique.

L'étude des symptômes qui précède ou qui accompagne l'ulcère variqueux permet, en effet, de soupçonner déjà sa nature.

Le mode de début n'est pas indifférent. C'est soit à la suite d'un traumatisme, soit spontanément que se montre l'ulcération. Dans ce cas, au niveau d'une tache livide, une bulle apparaît qui crève, en laissant une eschare rougeâtre.

La peau subit avant la perte de substance des modifications particulières. Là où va se former l'ulcération, on observe une pigmentation de l'épiderme, des éruptions à caractères spéciaux ; c'est l'érythème, des éruptions pemphigoïdes, des desquamations persistantes. Ces lésions cutanées s'accompagnent le plus souvent de démangeaisons vives, (Verneuil). On peut constater aussi de la sécrétion sudorale, (Verneuil). Plus tard les troubles s'accroissent, l'épiderme s'épaissit, il y a des altérations nettes du système pileux et des ongles.

Devant cet ensemble de faits, « on ne peut s'empêcher, écrit Quénu, d'être frappé de l'analogie que présente ce processus avec les troubles trophiques dus aux lésions nerveuses ».

Ce cachet de lésions nerveuses, rien ne paraît plus le démontrer que les troubles de sensibilité que Terrier, puis ses élèves Schreider, Séjournet, ont étudiés au niveau de l'ulcère variqueux. Leur importance dans le déterminisme de la

nature de l'ulcère est considérable et mérite de nous retenir.

Terrier a constaté leur existence « avant l'apparition de l'ulcère dans les cas où la peau déjà altérée était prête à s'ulcérer » ; on le retrouve au niveau de l'ulcère, et après sa cicatrisation. La sensibilité thermique est la première et la plus constamment atteinte. Il y a retard dans la perception du chaud, il y a erreur dans la perception du froid qui paraît chaud dans des zones variables.

La sensibilité à la douleur est fréquemment altérée. Il y a retard dans la perception, inexactitude dans la localisation, diminution des sensations, quelquefois analgésie complète.

La sensibilité tactile paraît résister davantage au processus d'ulcération : lorsqu'elle est atteinte, c'est tardivement et dans une région limitée.

Il y a ainsi trois degrés de troubles fonctionnels répondant à trois degrés d'altérations nerveuses. Ces trois degrés peuvent coexister au niveau d'un même ulcère ; la zone anesthésiée est alors centrale, la zone analgésiée est moyenne, c'est au niveau de la zone périphérique que l'on trouve les troubles thermiques.

Avant Terrier, Auzilhon avait signalé des modifications de la température dans le membre atteint : légère élévation à la période inflammatoire, abaissement à la période d'état, qui paraissent en rapport avec des troubles de l'innervation motrice. Mais ces données n'ont pas été confirmées par Schreider.

Ce qui paraît le mieux établi, ce sont les troubles sécrétoires. Gilson et Clado ont injecté de la pilocarpine sous la peau de jambes variqueuses. On sait qu'à faible dose, 2 ou 3 milligrammes, il doit se produire une sudation locale ; aux doses fortes, 2 ou 3 centigrammes, la sudation locale est suivie de sudation générale. Or, dans les expériences de Clado et Gilson il y a eu retard dans l'apparition des sueurs

locales, absence complète d'excrétion sudorale autour de l'ulcère. L'action des nerfs trophiques sécréteurs et vaso-moteurs sur le fonctionnement des glandes prouve que ces faits sont sous la dépendance d'altérations nerveuses correspondant à la zone dans laquelle il y a absence et retard de l'excrétion sudorale.

Il n'y a pas jusqu'à l'œdème que l'on attribue aux troubles circulatoires lymphatiques et sanguins, qui ne soient peut-être sous la dépendance des lésions des nerfs, on sait, en effet, qu'une simple ligature veineuse est insuffisante à produire l'œdème, et l'infiltration se produit dès que l'on sectionne le nerf (Ranvier, Vulpian).

L'étude de l'état général chez les variqueux confirme l'idée d'une altération du système nerveux.

L'ulcère variqueux coïncide avec l'athérome artériel (Ricard, Rienzi) ; cet athérome existe même chez les jeunes sujets. Dans les antécédents des malades, Schreider relève des migraines, des épistaxis, des éruptions cutanées, des manifestations articulaires chroniques avec déformation des petites articulations (oignons) et déviation des orteils ; on y observe encore des altérations des ongles, la rétraction de l'aponévrose palmaire. La bronchite chronique n'est pas rare chez les variqueux.

Toutes ces lésions sont rattachées à un état diathésique de nutrition ralentie, à une nécrose trophique : arthritisme de Bazin, herpétisme de Lancereaux. Et l'on voit que le variqueux présente une atteinte générale du système nerveux trophique à côté des lésions périphériques que nous allons maintenant étudier.

Quénu a décrit les lésions des nerfs chez les variqueux et confirmé ces vues cliniques par l'observation anatomique (1).

(1) NOTA : Les deux ou trois pages qui suivent, jusqu'aux conclusions, résument le travail de Quénu (*Revue de Chirurgie*, 1882).

Il y a d'abord augmentation du volume du nerf avec dilatation de ses veinules ; autour de ces veinules prolifèrent le tissu conjonctif qui, de périveineux ne tarde pas à devenir périfasciculaire. Le névrilemne s'épaissit ; une accumulation de cellules adipeuses accompagne la sclérose ; puis la gaine lamelleuse se fusionne avec le tissu conjonctif ambiant. Les vaisseaux se dilatent dans son épaisseur, leurs parois sont purement conjonctives, ils ne tardent pas à prendre l'aspect de lacunes dans l'épaisseur du tissu fibreux. La sclérose périfasciculaire est très prononcée, mais il y a peu de lésions à l'intérieur du faisceau.

A un degré plus avancé la sclérose s'attaque au faisceau primitif. Des traînées fibreuses partent de la gaine lamelleuse épaissie « elle pénètre le faisceau sous forme de gerbes et le dissocie ». Cette pénétration a toujours lieu le long des vaisseaux. Les capillaires du faisceau, centre d'irradiation de la sclérose, sont dilatés. Alors les tubes nerveux, espacés par le tissu conjonctif et les capillaires volumineux se raréfient, semblent s'atrophier, sans toutefois présenter de névrites parenchymateuses.

Il s'agit en somme d'une névrite purement interstitielle, ordinairement périfasciculaire et à marche chronique.

A côté des lésions nerveuses on constate des lésions des artères : endartérite, quelquefois thrombose des grosses branches ; des lésions de la peau ; sclérose du derme, accompagnée quelquefois d'un processus irritatif, de l'épaississement de l'épiderme, enfin des lésions des muscles qui relèvent surtout d'un processus de myosite interstitielle avec infiltration graisseuse.

Les lésions que nous venons de décrire dans les cordons nerveux ne sont pas secondaires à l'ulcère ; en effet, on les trouve sur des fragments de nerfs émanés de cordons nettement isolables, dans une atmosphère cellulaire lâche, sur

ceux recueillis dans le tissu lardacé, mais loin de l'ulcère. L'inflammation ne relève pas non plus d'une névrite ascendante à point de départ dans l'inflammation des filets nerveux au voisinage de l'ulcère. L'altération, en effet, n'est pas bornée aux nerfs superficiels ; elle atteint par exemple dans une observation de Quénu, le tibial postérieur, dont la distribution n'a aucun rapport dans le cas avec l'ulcère ; enfin la dilatation vasculaire primitive et la marche parallèle de la sclérose des vaisseaux seraient inexplicables, si les lésions n'étaient pas antérieures à l'ulcère.

Les lésions sont donc indépendantes de l'ulcère, mais quel est leur mode de développement ? Dans certains cas le mécanisme est simple : l'inflammation du nerf se produit par voisinage avec une veine variqueuse. Il en est ainsi dans une observation de Quénu où la veine saphène interne était cotoyée par deux filets émanés du nerf saphène interne et dont les branches s'enroulaient autour d'elle. Mais quand à l'œil nu il y a indépendance nette des lésions des veines et des nerfs, quand par exemple le sciatique est altéré, le processus, est différent : à la longue les veines des nerfs subissent la dégénérescence commune, elles se dilatent, deviennent variqueuses, autour d'elle apparaît et s'étend la périphlébite chronique. Tel est le rapport entre la dilatation des vaisseaux et la sclérose du nerf.

Ces altérations ne s'organisent qu'à la longue, elles peuvent être favorisées par d'autres conditions, car l'on n'ignore pas la résistance des nerfs aux irritations de voisinage en général, et, expérimentalement, la difficulté de créer des névrites chez les animaux en peut servir d'autre preuve.

Il nous reste à examiner le rôle de cette altération dans la production des ulcères variqueux.

Les lésions des ulcères variqueux ressemblent aux lésions trophiques d'origine nerveuse. La névrite interstitielle,

même légère, ne paraît pas étrangère à leur formation. « La simple dilatation des veines peut modifier les propriétés du nerf et rendre moins active l'action qu'il exerce sur la nutrition des tissus ». L'influence du repos n'est pas une objection à cette notion pathogénique : le repos produit la même amélioration dans les maux perforants, et l'on peut invoquer pour raison qu'il facilite la circulation veineuse du nerf au même titre que la circulation veineuse générale. L'analogie de l'ulcère variqueux avec les lésions trophiques paraît si nette, que Quénu se demande si l'on ne doit pas rapprocher les résultats obtenus par Dolbeau par sa méthode d'escarifications, de l'amélioration d'un éléphantiasis de la jambe par la section du nerf sciatique dans un cas de Morton cité par Arnozan.

« L'altération des nerfs, conclue Quénu, est un facteur, et un facteur important dans la pathogénie de ces ulcères auxquels l'état de la circulation veineuse donne surtout leur aspect, et si j'ose dire, leur couleur locale ».

Cette conception trophique de l'ulcère variqueux n'élimine pas d'ailleurs l'action des causes mécaniques en général : gêne circulatoire, traumatismes répétés, altérations osseuses voisines gênant la cicatrisation de l'ulcère et relevant d'ailleurs de la même altération de nutrition. Elle ne nie pas le rôle adjuvant de l'œdème veineux et des altérations artérielles. Elle laisse enfin la part qui revient à l'état constitutionnel.

Nous voici au terme de cette discussion pathogénique ; nous essaierons d'en tirer deux notions ;

L'ulcère variqueux envisagé dans sa pathogénie immédiate est nettement lié aux lésions nerveuses périphériques. — Si l'on cherche à remonter à sa cause première on voit que les lésions nerveuses sont elles-mêmes sous la dépendance des lésions vasculaires ; alors l'ulcère, l'altération

des nerfs, les lésions des vaisseaux prennent la valeur de phénomènes connexes, que relie une cause supérieure, l'altération de la constitution ; mais cette modification de l'état constitutionnel paraît traduire elle-même une atteinte du système nerveux trophique général, et l'ulcère variqueux, à ce point de vue, semble avoir double droit à prendre place parmi les lésions que comprend la nosographie sous le titre de troubles trophiques.

II

Considérations symptomatiques

Nous nous sommes longuement étendu sur le chapitre de la pathogénie. C'est qu'en effet, il a une importance primordiale puisque la connaissance des lois qui préside au développement de l'ulcère variqueux doit nous amener à la découverte d'un traitement efficace et rationnel. Le Professeur Landouzy l'a dit et répété avec raison : « la thérapeutique doit être pathogénique dans ses applications ». C'est probablement en justification de ces principes, que nous voyons les divers traitements de cette affection se développer parallèlement aux différentes idées régnant sur sa pathogénie.

Avant d'aborder la question de l'élongation nerveuse, il sera bon, croyons-nous, de rappeler brièvement les symptômes de l'ulcère.

Leur début échappe à toute description puisqu'il est sous la dépendance de la cause occasionnelle qui les provoque. C'est une varice qui s'enflamme ou bien une écorchure banale qui ne guérit pas, un abcès qui s'ouvre, une éruption cutanée, une pustule qui détruit l'épiderme. D'autres fois enfin, sous l'influence de troubles circulatoires, les tissus deviennent blafards, œdémateux ; il se constelle de petites taches violacées, ecchymotiques, représentant de petites escharres qui s'éliminent à un moment donné. Survient alors une poussée inflammatoire, sous une de ses nombreuses

formes, les téguments intermédiaires sont détruits, et l'on n'a plus qu'une vaste plaie.

Leur cause occasionnelle est donc multiple : traumatisme phlegmasie, plaques gangréneuses réunies, et leur aspect très variable par conséquent : mais dès lors, l'ulcère est constitué et revêt une apparence absolument caractéristique.

Le fond en est gris, terne, pâle et constitué par des bourgeons qui, par leur dimension variable et leur exubérance inégale, crée des anfractuosités remplies d'une matière pultracée et diphtéroïde. Sous l'influence du repos, ils peuvent se déterger, comme aussi par suite d'une fatigue, d'une inflammation on peut voir quelques bourgeons revêtir une teinte ecchymotique, et le fond tomenteux devenir plus sec, comme vernissé et laisser suinter une substance ichoreuse sanguinolente, putride et nauséabonde.

Les bords circonscrivant l'ulcère sont généralement réguliers, sans grandes échancrures, mais ils sont saillants épaissis et surplombent le fond de la perte de substance. Ils restent adhérents aux tissus sousjacents, tandis que dans l'ulcère tuberculeux ils sont minces et décollés. Qu'une poussée inflammatoire se produise, et les bords se boursoffleront, deviendront saillants et feront paraître la perte de substance beaucoup plus profonde.

Mais ce qui constitue le caractère absolument particulier de l'ulcère variqueux, c'est moins l'aspect de la solution de continuité, que celui des tissus environnants. En effet la peau est épaissie, sclérosée. Plus de glandes sudoripares, plus d'appareils pilo-sébacés. C'est dire qu'elle est glabre et luisante sur les bords de l'ulcère, dure et rigide, enveloppant parfois le membre comme d'une gaine de cuir. Enfin ces téguments souvent modifiés par des irruptions eczéma-teuses sont généralement bruns, pigmentés, parsemés de taches jaunes ou fauves.

L'ensemble de ces caractères objectifs donne donc à l'ulcère variqueux un aspect assez particulier qui trompe rarement le praticien. Ajoutons encore que les séreuses finissent par adhérer aux tendons et que la synoviale elle-même des articulations voisines peut devenir fongueuse.

Auzilhon et Schreider ont étudié la température du membre au niveau de l'ulcère, mais leurs résultats ne concordent pas. Il est bien établi au contraire que la sensibilité à la douleur est émoussée, retardée, et que le malade peut faire une erreur de quinze centimètres sur le siège d'une piqûre. La sensibilité tactile est peu modifiée. La sensibilité thermique est troublée davantage et c'est même là le premier degré qui traduise une altération des nerfs.

Nous avons suffisamment fait ressortir dans l'étude de la pathogénie l'apport que l'ensemble symptomatique tant par le mode de début que par les signes de la période d'état, fournit à la conception de l'ulcère variqueux considéré comme trouble trophique.

III

Traitement par l'élongation nerveuse.

§ I. — HISTORIQUE.

Jusqu'en 1894, la conduite du chirurgien en présence d'un mal perforant était la suivante 1). Lorsqu'il s'agissait d'un mal perforant par névrite périphérique, amputer au-delà de la névrite. C'était en somme un moyen énergique qui consistait à supprimer toute la partie innervée par le nerf malade mais non à traiter le mal perforant lui-même ; 2). Dans les autres cas, lorsque la névrite d'origine médullaire ne permettait pas l'excision, le chirurgien cherchait *a*) soit à traiter le mal perforant par le curage, l'ablation des os nécrosés, l'abrasation des bords épidermisés, ce qui permettait de transformer l'ulcère circulaire en une plaie ovale qu'on suturait sans drain, et qui se réunissait ordinairement par première intention, *b*) soit à la maintenir aussi propre que possible par de simples pansements.

Ces différents moyens étaient loin d'être satisfaisants. Le premier, en effet, était un peu radical et presque aussi sensible que le mal lui-même. Nous ne parlons pas du troisième. Quand au second il donnait bien un bon résultat primitif qui se prolongeait aussi longtemps que le repos, mais dès que le malade reprenait ses occupations, recommençait à marcher, on voyait réapparaître le mal.

C'est alors que le docteur Chipault eût l'idée d'essayer si

l'élongation des nerfs correspondants au territoire cutané, ne donnerait pas dans cette affection quelque résultat.

Or, en septembre 1895, il faisait paraître dans la *Presse médicale* cinq observations de maux perforants traités par l'élongation nerveuse, et où le succès avait répondu à son espoir dans la plus large mesure ; ces cas étaient pris dans des conditions telles qu'ils acquéraient de ce fait la valeur d'une véritable expérience. C'était, en effet, des malades qui traînaient depuis des années, d'hôpital en hôpital, qui avaient subi des amputations plus ou moins considérables suivies de récédive et qui, en somme, avaient été traités par tous les moyens possibles, sans résultat pratique. Eh bien ! à la suite de l'élongation, les ulcérations et troubles trophiques concomittants avaient disparu, sans qu'on puisse attribuer cette amélioration au repos, puisque les malades ne gardaient le lit que 24 heures et un seul huit jours. Ajoutons d'ailleurs qu'il s'agissait de vagabonds se trouvant dans les plus tristes conditions d'hygiène et de confortable, et que, malgré l'hiver, on n'avait vu aucune récédive se produire.

Ces résultats de la première heure furent durables, de nouvelles observations vinrent s'ajouter et confirmer les conclusions thérapeutiques tirées des faits antérieurs.

Jusque-là, Chipault avait laissé de côté les maux perforants non trophiques, qui *a priori*, ne semblaient pas devoir bénéficier de sa thérapeutique, mais bientôt les résultats satisfaisants obtenus l'encouragèrent à aller de l'avant, et il voulut étendre les bienfaits de ce traitement aux ulcérations trophiques d'autre siège, où l'altération d'action nerveuse exerce sur la marche du mal une influence considérable.

En 1897, premier essai sur un rhumatisant porteur depuis longtemps d'un ulcère variqueux, comme on le verra dans

l'observation que nous rapportons, résultat des plus satisfaisants.

En 1898, deuxième essai qui, comme le premier, répondit pleinement aux espérances de son auteur.

A cette date, à cause de leur nombre restreint, ces deux faits ne pouvaient pas encore permettre de poser un principe absolu, mais ils laissaient entrevoir à leur auteur de belles espérances; aussi terminait-il de la façon suivante une communication faite à l'Académie de médecine le 8 mai 1898 sur le mal perforant :

« L'élongation des nerfs à distance moyenne, permet d'obtenir par première intention la guérison durable des maux perforants plantaires les plus invétérés ; *il est probable qu'une intervention analogue aurait une influence de même ordre sur les ulcérations trophiques d'autre siège, par exemple sur les ulcérations trophiques des moignons et sur certaines, au moins, des maladies de la peau zoniformes et zosteriformes ou autres, dont le caractère ou la topographie permettent d'affirmer la pathogénie nerveuse* ».

Ces quelques lignes, et c'est pourquoi nous les avons citées textuellement, marquent une étape dans le traitement des ulcères variqueux ; c'est un véritable tournant de leur histoire ; elles expriment ouvertement la généralisation qui s'était faite dans l'esprit du chirurgien, car bien que l'ulcère variqueux ne soit pas nommé, Chipault possédait, dès cette époque, des observations dont il préférerait ne pas publier les résultats à cause de leur date récente.

Enfin, le 4 mai 1899, il faisait à la Société de Biologie une communication publiée *in extenso* dans les Travaux de Neurologie chirurgicale qui relatait trois observations des plus séduisantes, non seulement par le succès de la première heure, mais par leur résultat durable puisque la première remonte à bientôt deux ans.

§ II. — TECHNIQUE

Cette technique comprend deux temps : un temps d'élongation du nerf et un temps de traitement de l'ulcère.

A). *Premier Temps. Elongation du nerf*

L'ulcère variqueux se rencontrant presque exclusivement au membre inférieur, nous nous occuperons seulement de cette région.

α). NATURE DU NERF TRAITÉ

Et d'abord sur quel genre de nerf doit porter l'élongation, sur un nerf moteur ou sur un nerf sensitif? Ce sera sur les nerfs sensitifs. Ce sont eux qui ont une influence directe sur la nutrition des tissus, ce sont eux qui fournissent à la peau de la jambe qui est la plus intéressée dans l'altération morbide. D'autre part, l'élongation d'un tronc nerveux musculaire, outre qu'elle ne répondrait pas au but qu'on se propose, pourrait bien ne pas être sans danger et risquerait de constituer un véritable traumatisme nerveux, susceptible d'entraîner à sa suite quelque paralysie. Ce que nous disons des nerfs purement moteurs ne s'applique pas aux nerfs mixtes ; l'élongation faite sur ceux-ci, en effet, n'a aucune influence sur la motricité des muscles correspondants et même elle pourrait exercer peut-être un heureux effet dynamogène et trophique.

β). QUEL SERA LE NERF TRAITÉ ?

On devra donc s'adresser aux nerfs sensitifs et surtout

aux nerfs cutanés de beaucoup les plus importants, qui se distribuent à une région déterminée des téguments constituant leur territoire.

Rappelons en deux mots cette topographie nerveuse de la jambe. Nous y trouvons deux grands territoires, celui du saphène interne, branche terminale du crural, occupant le côté interne de la jambe ; celui du cutané péronier, branche collatérale du sciatique poplité externe, situé sur le côté externe.

Ces deux territoires, se rejoignent en avant dans la plus grande partie de leur étendue. Ce n'est que dans le 1/3 inférieur de la jambe qu'ils sont séparés l'un de l'autre par la partie la plus élevée du territoire du musculo-cutané qui s'avance entre les deux à la manière d'un coin.

A la partie postérieure, les deux territoires sont séparés dans toute la hauteur de la jambe par une zone longitudinale, qui est innervée en haut par les branches terminales du petit sciatique et en bas par le saphène externe.

Ces quelques considérations nous indiquent clairement sur quel nerf particulier devra porter l'élongation. La plus ordinairement indiquée sera celle du saphène interne puisque le siège le plus habituel des ulcères variqueux est à la partie inférieure de la face antéro-interne de la jambe. Il est facile de comprendre, sans que nous insistions davantage, que suivant la position de l'ulcère, on pourrait avoir à traiter le sciatique poplité externe, le musculo-cutané ou le saphène externe, au cas où l'ulcère siègerait très bas à la partie postérieure et médiane de la jambe.

Une objection se pose à propos du musculo-cutané. La zone en forme de coin qui sépare à la partie antérieure de la jambe le territoire du saphène interne de celui du cutané péronien, est aussi pour une faible partie sous la dépendance du nerf tibial antérieur. Faudra-t-il pour plus de sûreté,

substituer à l'élongation du musculo-cutané, celle du tronc commun au musculo-cutané et au tibial antérieur, c'est-à-dire l'élongation du sciatique poplité externe derrière la tête péronière ? Nous ne le croyons pas. Car si le musculo-cutané et le tibial antérieur s'anatomosent par quelques fibres, ce dernier est presque exclusivement dévolu à la partie digitale du pied ; or c'est la partie jambière qui nous intéresse surtout, car il est bien rare que l'ulcère variqueux descende sur la face dorsale du pied.

Enfin pour préciser, il est bien entendu qu'un ulcère variqueux qui empiéterait sur deux territoires nerveux pourrait justifier l'élongation des deux troncs nerveux auxquels ressortent ces deux territoires, et souvent, par exemple, on devra associer l'élongation du musculo-cutané à celle du saphène interne.

γ) SUR QUELLE PORTION DU NERF DOIT PORTER L'ÉLONGATION ?

L'élongation doit porter sur une portion du nerf qui ne soit ni trop rapprochée ni trop éloignée des lésions trophiques.

Cette formule manque évidemment de précision. Il est impossible d'ailleurs d'établir une règle absolument fixe, quasi mathématique, comme cela peut se faire pour certaines opérations. Ce sera au praticien de décider lui-même la chose pour chaque cas particulier, en tenant compte des réflexions suivantes.

Une élongation éloignée se rapprocherait de la moelle ; or, les interventions faites jadis de cette manière pour les causes les plus diverses ont démontré que l'élongation des gros troncs nerveux n'était pas sans dangers ; elles ont démontré aussi qu'elle n'avait que peu ou pas d'influence sur les troubles trophiques siégeant à l'extrémité du membre.

D'autre part les élongations très rapprochées de l'ulcère pourraient être aussi défectueuses; s'il s'agit de découvrir des branches fines et délicates, comme les branches collatérales poplitées du sciatique poplité externe, la présence de tissus malades, sclérosés ou œdématisés pourrait créer une réelle difficulté pour la découverte du filet nerveux. Enfin une autre considération qui n'est pas sans importance, c'est que nous avons la plupart du temps, dans l'ulcère variqueux un véritable foyer d'infection, dont il sera prudent d'éloigner autant que possible le champ opératoire.

Que faire dans les cas où la partie du membre, où l'on veut faire porter l'opération, est envahie par l'œdème trophique?

Evidemment il y aura pour le chirurgien une nouvelle difficulté qu'il sera de son intérêt de laisser disparaître par des repos et des soins bien compris, mais Chipault rapporte une observation où il opéra en plein œdème trophique pour un mal perforant, sans que cette circonstance défavorable n'ait en rien gêné la guérison.

δ) DÉCOUVERTE DU NERF

Il est bien entendu qu'il s'agit d'une véritable opération qui, comme toutes les autres, exige les mêmes soins préliminaires, les mêmes précautions antiseptiques et de la part de l'opérateur et de la part de l'opéré. Ces précautions sont d'autant plus nécessaires que l'on se trouve au voisinage d'un ulcère variqueux, c'est-à-dire d'une lésion éminemment septique.

On emploie généralement l'anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme.

Enfin, une précaution indispensable consiste à placer la bande d'Esmarch au dessous du champ opératoire afin d'em-

pêcher les hémorrhagies produites par les paquets vari-
queux.

La découverte du nerf est assez délicate, car elle exige des notions anatomiques absolument précises sur sa situation, et une délicatesse très grande dans la manière de procéder, étant donné la nature morbide des tissus dans lesquels on travaille et la fragilité des filets nerveux que parfois on recherche pour l'élongation.

La découverte de chacun des nerfs que nous avons énumérés plus haut, comporte un manuel opératoire spécial ; nous allons donc décrire la découverte de chacun d'eux. Il s'agit là d'un exposé de faits absolument précis, ne nous permettant de rien retrancher ni ajouter.

Nous ne saurions donc mieux faire que d'emprunter à Chipault lui-même la technique de ces différentes découvertes :

1) *Découverte du nerf saphène interne*

La découverte du nerf saphène interne à l'anneau permet de faire porter l'action chirurgicale sur le vaste territoire, si important à notre point de vue, de toutes les branches cutanées, collatérales ou terminales de ce nerf : rameau cutané fémoral rameau cutané tibial, branche de terminaison antérieure ou rotulienne, branche de terminaison postérieure ou de la veine saphène interné.

Cette découverte s'exécutera suivant les indications données par Letiévant. « Le point préférable pour la découverte du saphène interne, dit-il dans son traité des sections nerveuses, est situé un peu au-dessous de son orifice de sortie du canal crural, et pendant qu'il est couché devant le tendon du troisième adducteur recouvert seulement par le bord externe du couturier. Donc, coucher le membre sur sa face externe,

reconnaître le bord externe du muscle couturier ; faire suivant ce bord, un peu en dedans de lui cependant, une incision de six centimètres dont l'extrémité inférieure descendra sur le quart inférieur de la cuisse, inciser la gaine du couturier ; écarter le muscle à l'aide d'un crochet mousse. On aperçoit alors une lame aponévrotique déprimée, correspondant au sillon qui sépare le muscle vaste interne du long adducteur, puis le tendon de celui-ci. En fouillant sur ce point, en descendant du côté du tendon long adducteur, on découvre sans trop de recherches le nerf contournant le tendon nacré du troisième adducteur et tranchant sur lui par sa teinte mate et la direction de ses fibres. »

Mais, comme nous le disions plus haut, c'est au chirurgien à juger d'après l'étendue, la place et l'état de l'ulcère, du point nerveux où doit se pratiquer l'élongation. Si donc, il lui paraissait suffisant dans certains cas, de découvrir seulement la branche de bifurcation postérieure du saphène interne, de beaucoup la plus étendue comme territoire, rien ne serait plus aisé que de la découvrir à la partie supérieure de la jambe, en avant de la veine saphène visible sous la peau et servant de guide dans le tissu cellulaire sous-jacent.

2) *Découvertes diverses sur le sciatique poplité externe.*

Nous avons vu qu'on pouvait avoir à faire pour le traitement des ulcères variqueux par notre procédé, plusieurs découvertes différentes sur le tronc ou les branches du sciatique poplité externe. Donnons-les successivement :

α) DÉCOUVERTE DES COLLATÉRALES POPLITÉES DU SCIATIQUE
POPLITÉ EXTERNE.

Les collatérales poplitées du sciatique poplité externe, collatérales péronières transversales, obliques ou longitudinales, cette dernière constituant le saphène péronier, ont une grande importance pour l'innervation de la peau et de la jambe; elle n'en ont que peu pour nous, car il est rare que les ulcères variqueux siègent en tout ou en partie sur un territoire, et cela est heureux car leur découverte est, de toutes celles que nous avons à décrire ici, de beaucoup la plus incertaine, à cause de l'inconstance de leur point d'origine et de leur trajet. Il est tout à fait rare, — nous ne l'avons constaté dans nos dissections que deux fois sur vingt, — que leur ensemble se groupe en une branche spéciale, constituant alors le faisceau collatéral poplité cutané du sciatique poplité externe figuré par Herschfeld. Aussi, pour découvrir soit ce faisceau, soit les collatérales non groupées qui le représentent, devra-t-on découvrir le tronc même du sciatique poplité externe au jarret et se guidant sur lui, découvrir les collatérales soit à leur point d'origine, ordinairement très élevé sur le tronc, soit pendant leur trajet parallèle au tronc, lorsque, ce qui n'est pas rare, une ou plusieurs d'entre elles en naissent au-dessus du creux poplité.

Dans ce but, le malade étant couché sur le ventre, l'opérateur, placé en dehors, plie le jarret et marque le pli. Puis la jambe étant bien tendue, il palpe le bord interne du biceps et sur ce bord interne mène une incision de cinq centimètres, commençant ou finissant en bas, suivant le côté, à deux travers de doigt au-dessous du pli du jarret; la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose sont coupés successivement, avec prudence, pour ne pas sectionner les collatérales

cutanées qui peuvent y avoir leur trajet : alors le bord interne du biceps apparaît, et son inclinaison en dehors ayant été facilitée par la flexion de la jambe, on a sous les yeux le sciatique poplité externe, et ses collatérales, soit à leur origine, soit lorsqu'elles naissent plus haut, pendant leur trajet parallèle au tronc d'origine,

β) DÉCOUVERTE DU SCIATIQUE POPLITÉ EXTERNE A LA TÊTE
PÉRONIÈRE

La découverte du sciatique poplité externe à la tête péronière fait porter l'action chirurgicale, à l'exclusion des collatérales dont nous venons de parler, sur les deux branches terminales du nerf musculo-cutané et tibial antérieur. Nous avons déjà dit que le premier des deux avait seul une importance pour l'innervation cutanée jambière, mais que la découverte du tronc commun pouvait se trouver indiquée, sans compter l'extension des lésions cutanées, à distance desquelles il est préférable de faire porter une incision destinée à rester aseptique, par le désir d'agir non seulement trophiquement sur les lésions cutanées, mais encore trophiquement ou dynamogéniquement sur les parois des varices des muscles, auxquelles fournissent aussi bien l'une que l'autre des deux branches du tronc commun.

Quoi qu'il en soit, la découverte du sciatique poplité externe à la tête péronière peut se faire soit en arrière, soit au-dessous de cette tête.

1). Pour la découverte en arrière, Velpeau propose la technique suivante : « Le membre, légèrement fléchi, sera tourné sur son côté interne. Une incision étendue de la face de l'espace poplité au commencement de la fosse interosseuse antérieure de la jambe, de manière à suivre la rainure qui sépare le tendon biceps du muscle jumeau,

puis à croiser la face externe et antérieur du péroné immédiatement au-dessous de la tête de cet os, remplira parfaitement l'indication. Pour arriver au but, le chirurgien aura à diviser successivement la peau, le fascia sous-cutané et l'aponévrose : écartant les tissus au moyen d'une sonde, il découvrira le cordon nerveux entre le muscle jumeau externe, qui reste en dedans et en bas, le tendon du biceps, qui se trouve en haut et en dehors avec la tête du péroné et le bord postérieur de cet os ou du muscle long péronier latéral, qui se voit en avant.

2). Pour la découverte au-dessous de la tête péronière, on suivra soit le procédé de Létiévant, soit celui que nous avons proposé dans notre chirurgie opératoire du système nerveux et qui a l'avantage d'entraîner de moindres dégâts musculaires.

Létiévant trace une incision commençant à 1 centimètre au-dessus du col du péroné et au voisinage du bord postérieur de ce col. Cette incision descendra verticalement sur une hauteur de trois centimètres. Elle intéressera la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose, puis les fibres musculaires du long péronier sur toute son épaisseur, ce qui permettra d'arriver jusqu'au nerf.

Nous employons la technique suivante : « La jambe fléchie à angle obtus reposant sur sa face interne, palper la tête péronière très saillante, et au-dessous d'elle, deux interstices musculaires longitudinaux plus ou moins appréciables et qui sont, l'antérieur, l'interstice entre l'extenseur commun des orteils et le long péronier latéral, le postérieur, l'interstice entre le long péronier latéral et le jumeau externe. Sur le premier de ces interstices, et commençant ou finissant sur le bord inférieur de la tête péronière, mener une incision de quatre centimètres, intéressant successivement la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose. Faire mettre

le pied en flexion et abduction, écarter l'extenseur commun des orteils détendu en avant, le long péronier en arrière, et dénuder la fourche nerveuse que ce dernier recouvrait et que forme le sciatique poplité externe au moment où il se divise en musculo-cutané et tibial antérieur ».

Ce procédé, que nous avons eu l'occasion d'employer sur le vivant dans un cas de lésion du sciatique poplité externe par la tête péronière fracturée, nous paraît le procédé de choix pour la découverte du tronc du nerf en ce point.

γ). DÉCOUVERTE DU MUSCULO CUTANÉ

Nous avons déjà dit que la presque totalité des fibres cutanées du sciatique poplité externe destinées à la jambe, arrivaient à leur terminaison par la voie du nerf musculo-cutané. En règle générale, on préférera donc à l'élongation du tronc, l'élongation de cette branche. On peut la pratiquer par le procédé que nous venons d'indiquer, en faisant porter l'action chirurgicale seulement sur la bifurcation postérieure de la fourche nerveuse découverte. On peut aussi l'exécuter un peu plus bas, lorsque le tibial antérieur s'est éloigné du musculo-cutané, et que ce dernier, désormais isolé, chemine entre le long péronier latéral et l'extenseur commun des orteils.

Voici ce que nous avons écrit à propos de cette découverte dans notre ouvrage déjà cité : « Une ligne menée de la tête péronière au bord antérieur de la malléole tibiale répond à peu près au trajet du nerf, en même temps qu'au bord antérieur du muscle long péronier, appréciable à la vue et au palper, et que rend plus net la torsion du pied en dedans, sur cette ligne, à quatre travers du doigt au-dessous de la tête péronière, commencez ou finissez une incision de 5 centimètres comprenant la peau et le tissu cellulaire

sous-cutané. L'aponévrose apparaît, présentant, plutôt en arrière de la ligne d'incision, une dépression longitudinale qui correspond à la cloison aponévrotique séparant l'extenseur commun des orteils du long péronier. Au besoin, assurez-vous du siège exact de cette cloison en décollant la lèvre interne de la plaie, et près du bord interne de celles-ci, ponctionnant l'aponévrose pour introduire et glisser la sonde dessous et à travers, de dedans en dehors, jusqu'à ce que vous éprouviez la résistance de la cloison aponévrotique.

Immédiatement en arrière de celle-ci, directement ou sur la sonde cannelée introduite de bas en haut par le trou de sortie du nerf quelquefois visible à l'angle inférieur de la plaie, incisez la couche fibreuse. Soulevez et reportez en arrière le fuseau charnu du long péronier rendu mobilisable par la rotation du pied en dehors. Le cordon nerveux se montre, courant de haut en bas dans l'interstice musculaire ».

Ce procédé que nous avons, ainsi qu'on le verra, employé une fois, nous paraît tout à fait satisfaisant.

3) Découverte du saphène externe à la partie postérieure du mollet.

Le saphène externe, branche du sciatique poplité interne qui descend en compagnie de la veine du même nom, le long de la ligne médiane postérieure de la jambe, d'abord sous, puis sus-aponévrotique ne prend qu'une part tout à fait minime à l'innervation cutanée de la jambe ; il se réserve presque entier pour innerver le pied après son anastomose avec le saphène péronier. Il faudrait qu'un ulcère variqueux fut situé bien bas, pour qu'on ait à le découvrir. Rien ne serait du reste plus simple ; une incision longitu-

dinale faite à la partie postérieure du membre, commençant à trois travers de doigt au-dessous du pli du jarret et suivant l'interstice, parfois visible et souvent appréciable au doigt, des jumeaux, conduisant à travers la peau le tissu cellulaire sous-cutané, et l'aponévrose, incisée sur la sonde cannelée, sur la veine, à côté de laquelle, en dedans le plus souvent, on découvrirait sans difficulté le nerf.

Telles sont les différentes découvertes utilisables dans la cure radicale de l'ulcère variqueux par l'élongation nerveuse. Comme nous le disions plus haut, à part la découverte des collatérales poplitées du sciatique poplité externe qu'on a heureusement à effectuer elles ne présentent pas de grosses difficultés, mais demandent néanmoins que l'opération soit menée avec lenteur et minutie. Avec lenteur, afin d'éviter les fausses routes, de se donner le temps de reconnaître les anomalies anatomiques qui se produisent parfois dans le trajet du nerf. Avec minutie ; n'oublions pas, en effet, que c'est un ulcère variqueux qu'il s'agit de guérir, où l'opérateur rencontre à chaque pas des veines malades et d'un volume absolument exceptionnel.

Des hémorrhagies sont à craindre de ce chef, mais il ne faudrait pas d'ailleurs s'étonner ou se troubler si elles venaient à se produire. Quelques pinces placées aussitôt, et remplacées ensuite par des ligatures au catgut, viendraient rétablir le bon ordre.

e) ELONGATION PROPREMENT DITE

Elle ne présente pas la moindre difficulté. Le nerf découvert, on l'isole avec soin, on le charge sur une sonde cannelée, sur laquelle on peut même, si l'on veut, l'écraser légèrement du bout du doigt. Puis le nerf est distendu lentement et avec précaution, à l'aide de quelques tractions exercées

sur sa partie périphérique. Mais nous insistons sur la prudence avec laquelle elles doivent être faites, non seulement à cause du petit volume des nerfs en question, mais encore à cause de leur fragilité toute particulière chez les sujets variqueux.

Ces tractions opérées, on replace le nerf dans sa situation normale, et on applique le pansement antiseptique sur lequel nous ne jugerons pas plus à propos de nous étendre que sur les précautions antiseptiques préparatoires. Signalons pourtant que dans ce cas, la suppuration, en retardant la guérison, pourrait provoquer la formation d'un tissu de cicatrice qui deviendrait, par compression nerveuse, le point de départ d'accidents nouveaux.

Il sera donc important aussi de faire pour la plaie opératoire et pour l'ulcère des pansements bien nettement séparés qui permettront de changer l'un sans toucher à l'autre.

f) COMPLICATIONS DE L'ÉLONGATION NERVEUSE

Autrefois on a signalé différentes complications, mais qui toutes dépendent non pas de l'élongation elle-même, mais de l'opération. Ce sont d'ailleurs pour la plupart des parties d'asepsie qui ne doivent plus se rencontrer aujourd'hui, et c'est par ce mécanisme, qu'a pu se produire quelquefois une parésie qui n'a d'ailleurs pas persisté.

Les troubles trophiques consécutifs à cette opération ne sont pas non plus à redouter. Scheving, il est vrai, en relate dans les expérimentations de Quinquand; mais chez les malades opérés, on ne les a rencontrés que d'une façon exceptionnelle et même problématique. Chez un malade sur qui il avait pratiqué l'élongation pour un mal perforant, Chipault vit apparaître une phlyctène trophique de la dimen-

sion d'une amandé au-dessous de la malléole interne : elle se dessécha d'ailleurs très rapidement.

La seule complication que Chipault ait vu se produire dans plus de 40 cas de maux perforants ou ulcères variqueux déjà traités par lui, consiste dans des douleurs en éclair, analogues aux douleurs fulgurantes des tabétiques. Elles se produisent sur le trajet du nerf, mais généralement elles avaient disparu au bout du 6^e jour.

B. — Deuxième temps. Traitement de l'ulcère

Il constitue le second temps du traitemens et peut se faire de deux façons différentes, suivant l'état et les dimensions de l'ulcère.

1) Qu'il s'agisse d'une ulcération d'un volume modéré, ni trop étendue, ni trop profonde, le chirurgien sera autorisé à en tenter l'ablation complète, suivie de réunion par première intention.

Dans ce but, l'ulcère sera désinfecté par une série de pansements fréquemment renouvelés dans la période précédant l'opération. Au moment d'accomplir celle-ci, on procède encore à un nettoyage particulièrement soigné et attentif. On taillera alors un lambeau fusiforme dont l'axe sera dans le même sens que celui de la jambe. L'incision devra dépasser en largeur les bords de la plaie, et si celle-ci n'est pas trop étendue, il ne faudra même pas craindre d'empiéter le plus possible sur les tissus malades qui environnent toujours l'ulcère, mais sans perdre de vue néanmoins qu'il s'agit d'une peau malade, sclérosée, épaissie, ayant perdu sa souplesse, et que par conséquent, la solution de continuité que l'on crée, ne doit pas par ses dimensions empêcher le rapprochement de ses bords.

En hauteur : l'incision mesurera une vingtaine de cen-

timètres. De la sorte, la constriction que l'on produira ultérieurement en rapprochant les bords de la plaie, se répartira sur la majeure partie de la jambe, et cela sans inconvénients, tandis qu'avec des dimensions moindres en hauteur, la constriction s'exercerait en anneau, formant une sorte de gant naturel qui pourrait gêner la circulation et produire à nouveau l'affection qu'elle devait guérir.

En profondeur : le lambeau sera limité par l'aponévrose superficielle dont il sera détaché rapidement dans sa totalité. Les bords ainsi créés sont souvent le siège d'une hémorragie veineuse abondante et devront être hémostasiés avec du catgut fin.

Reste à suturer ces bords. Avant de le faire, il faudra s'assurer que les lèvres de la plaie ne saignent pas, et que la surface aponévrotique dénudée est bien nette ; il faudra même parfois avoir recours à la rugination de l'aponévrose qui siègeait sur l'ulcère.

Ces deux conditions sont essentielles pour le succès de la réunion recherchée.

Puis à l'aide d'une aiguille de Reverdin, on passera à travers les lèvres de la plaie, dans les points situés bien symétriquement en regard l'un de l'autre, un nombre considérable de fils de soie très longs. Ceci fait, sans mouvements brusques, mais au contraire par des tractions très lentes qui permettent à la peau de s'étirer progressivement, on les liera vis-à-vis en affrontant successivement et sans se presser. Nous le répétons à dessein, il s'agit de recouvrir, en profitant de l'élasticité de la peau une perte de substance parfois assez considérable. D'autre part la peau n'a pas dans ces circonstances toute sa souplesse normale ; il faut donc agir avec lenteur et précaution, et l'on sera surpris d'avoir pu, après quelques minutes d'attente et de manœuvres douces, fermer une plaie dont l'occlusion eut semblé de prime abord

impossible. D'ailleurs si, dans certains cas, la peau se relâchait avec difficulté, on pourrait faciliter l'action de son élasticité par une incision complémentaire longitudinale pratiquée à la partie postérieure du mollet.

Faisons remarquer que cette tension de la peau qui produit une constriction circulaire n'exerce aucune influence fâcheuse, même passagère sur la circulation du pied.

L'opération terminée, le membre est recouvert d'un pansement antiseptique total, fortement ouaté, et régulièrement compressif. Le malade gardera le lit pendant huit jours, la jambe très haute. Au bout de ce temps on enlèvera le pansement et l'on trouvera généralement la plaie réunie.

2^o Nous avons insisté sur les précautions de prudence et de lenteur que nécessitait l'état précaire et maladif des tissus. Mais il peut se rencontrer des cas où ceux-ci soient dans de telles conditions morbides, que cette conduite soit impossible à tenir. On peut, en effet, se trouver en présence d'une ulcération très étendue et très profonde ou d'une ulcération environnée d'une grande étendue de peau sans vitalité, soit amincie et lisse, soit épaissie et pachydermique.

Dans ce cas, on se contentera de ruginer les fongosités du fond, et les proliférations épidermiques de la périphérie, dont on régularisera les bords. En un mot on transformera la plaie fétide, septique, escharotique en une surface aussi saine que possible, que l'on poussera à la cicatrisation par une série de pansements successifs, à la fois tonifiants et antiseptiques.

Alors il sera souvent indiqué d'avoir recours aux griffes pour hâter le processus de guérison. Chipault, pour sa part, préconise les larges griffes dermo-épidermiques, prises sur le bras et suturées d'emblée aux lèvres de la perte de substance.

En résumé deux cas peuvent se produire. Dans le pre-

mier, de beaucoup le plus favorable, où l'ulcère est de dimension moyenne et où les tissus conservent même une certaine vitalité, l'élongation nerveuse permettra d'obtenir la réunion primitive. Dans le second cas d'ulcères profonds et de tissus gravement atteints, elle permettra d'obtenir très rapidement une réunion secondaire que les moyens multiples employés jusqu'ici ne permettaient que tout à fait rarement.

§ III. — OBSERVATIONS

Nous reproduisons les trois observations présentées par Chipault, l'auteur de cette méthode, le 5 mai 1899, à la Société de Biologie.

OBSERVATION I. — *Ulcère variqueux. — Élongation du nerf musculo-cutané. — Guérison. — Résultat suivi pendant 20 mois.*

M. de C..., rhumatisant et variqueux, porte, depuis de longues années, à la partie antéro-interne de la jambe, tiers inférieur, une ulcération dont les dimensions sont de 8 centimètres de long, sur 3 centimètres de large. Cette ulcération est entourée d'un épiderme commun et sans vitalité. Elle est de temps en temps le siège de petites hémorrhagies. Le malade a essayé de tout pour venir à bout de cette affection qui le gêne surtout par les pansements répétés qu'elle nécessite. La compression caoutchoutée, le diachylon, les pulvérisations phéniquées, le grattage simple, ont été essayés sans résultat. Seul le repos prolongé produit une diminution de l'ulcère, qui s'agrandit dès que le malade marche à nouveau. Pendant l'hiver 1896-97, sous l'influence d'une attaque subaiguë de rhumatisme, l'ulcère prend une marche envahissante et atteint en quinze jours 4 centimètres $1/2$ de large. Pendant tout ce temps, j'avais fait en vain des pansements au salicylate de soude. Le 17 septembre 1897, je me décide à tenter l'élongation du musculo-cutané, qui est pra-

tiquée sans difficulté, ainsi que la réunion par première intention de l'ulcère, pour laquelle une plaie cutanée de 14 centimètres de hauteur sur 6 de largeur suffit. L'ulcère ne dépassait pas l'aponévrose. Huit ligatures veineuses, vingt-deux sutures cutanées. Dix minutes d'attente avant que la peau n'ait acquis la souplesse nécessaire pour que les lèvres de la plaie soient mises en contact. Pansement ouaté compressif, pansement indépendant pour la plaie d'élongation. Ce dernier est enlevé le quatrième jour, le premier seulement le onzième. Des deux côtés, réunion par première intention.

Pendant ce temps, le malade avait gardé le repos au lit. J'exigeai encore le repos presque absolu pendant une huitaine. A ce moment, le malade s'est plaint, à plusieurs reprises, d'une vive douleur en éclair du côté du gros orteil. Elle n'a pas reparu depuis. D'autre part, depuis 20 mois, l'ulcère ne s'est pas reproduit : la cicatrice d'incision est légèrement exubérante ; tous les troubles trophiques cutanés dont le membre était le siège ont disparu. Enfin les varices sont certainement beaucoup moins considérables qu'autrefois, et même que du côté opposé, alors qu'avant l'intervention, elles l'emportaient de beaucoup sur celles-ci. J'attribue le fait au rôle de bas élastique naturel joué par la peau jambière dont un segment a été enlevé.

OBSERVATION II. — *Ulcère variqueux. — Élongation des nerfs musculo-cutanés et saphène interne. — Guérison. — Résultat suivi pendant 17 mois.*

M..., maraîcher, 49 ans, variqueux. Ulcère situé à la partie antéro-interne de la jambe droite : 18 centimètres sur 6.

Fonds fétide, bords croûteux et pachydermiques. Peau avoisinante à peu près normale : déformations multiples du pied ; hallus volgus, onycogryphose. Le malade porte son ulcère depuis 14 ans ; je l'ai soigné moi-même autrefois dans le service de mon maître M. Théophile Anger. En février 1898, encouragé par le résultat du cas précédent, je lui propose une intervention analogue qu'il accepte. Je désinfecte tout d'abord l'ulcère par une série de pansements et la rugination de ses bords, puis, trois semaines environ après le début de ce traitement préparatoire, je pratique l'intervention proprement dite. L'ulcère occupait le territoire non seulement

du musculo-cutané, mais encore du saphène interne. J'excise l'ulcère à l'aide d'une double incision, délimitant une surface fusiforme de 22 centimètres de long sur 6 1/2 de large, 17 ligatures veineuses, 31 sutures cutanées. Malgré une longue attente, le peu d'élasticité de la peau ne me permet de faire la réunion bord à bord qu'aux deux extrémités de la plaie ; à sa partie moyenne reste une surface non recouverte de 7 centimètres de long sur 1/2 de large.

Décubitus. Cicatrisation par première intention des deux plaies sauf pour la deuxième, au point sus-indiqué qui se réunit en cinq semaines par bourgeonnement.

J'aurais peut-être pu dans le cas particulier, obtenir une réunion par première intention complète à l'aide d'une incision longitudinale de débridement, pratiquée à la partie postérieure du mollet : j'agirais de cette manière à l'avenir dans les cas analogues.

Quoi qu'il en soit, depuis dix-sept mois, l'ulcère n'a pas récidivé. La peau de la jambe a gardé son aspect scléreux. Il y a de temps en temps, comme autrefois, un peu d'œdème du pied. Les varices qui sont peu volumineuses, et qui n'ont du reste jamais joué, dans les préoccupations du malade, qu'un rôle tout-à-fait secondaire par rapport à son ulcère, ne se sont pas modifiées.

OBSERVATION III. — *Ulcère variqueux. — Élongation du nerf saphène interne. — Guérison. — Résultat suivi pendant deux ans.*

F..., zingueur, 47 ans, variqueux, diabétique, a reçu en 1897 un coup de pied à la partie antéro-interne de la jambe gauche. Ce coup de pied a été suivi d'un sphacèle limité de la peau, et la plaie consécutive s'est transformée en ulcère, très hémorrhagique, qui, lorsque je vois le malade, mesure cinq centimètres de hauteur sur 4 1/2 de large. Le malade n'est pas syphilitique. L'ulcère, bien pansé, est propre. Le malade garde le repos au lit depuis trois semaines, sans aucun résultat, et cette immobilité n'a pas été sans avoir une influence fâcheuse sur son diabète. Le 3 mai 1898, élongation du saphène interne à la partie supérieure de la jambe, et nettoyage de l'ulcère dont je diminue l'étendue transversale à l'aide de cinq points de suture, sans oser faire de tractions bien énergiques, à cause du peu de vitalité de la peau. Pendant les jours qui suivent,

un œdème marqué au pied, du reste sans douleur au niveau des plaies et sans température me donne quelque inquiétude. J'ai toutefois la satisfaction de constater au premier pansement, le 5^e jour, que la plaie d'élongation est réunie et que l'ulcère est en très bonne voie de cicatrisation. Le 9^e jour, j'enlève les fils qui rétrécissent celui-ci, il garde ses dimensions nouvelles ; la partie restreinte est bourgeonnante et de bel aspect. Je replace un second pansement que j'enlève le 24^e jour : à cette époque il ne restait plus qu'un point non réuni d'un demi-centimètre carré, rempli d'un bourgeon exubérant. Je le coupe aux ciseaux : deux pansements suffisent pour donner une guérison complète.

Je n'ai pas vu le malade, mais je sais que la guérison a persisté depuis.

OBSERVATION IV. — *Ulcère variqueux. — Élongations du saphène interne. — Guérison. — Résultat datant de un mois et demi.*

M... indigent, âgé de 54 ans ; variqueux, depuis de longues années. Porte depuis douze ans, à la partie antéro-interne et interne de la jambe, jonction du lien moyen et inférieur un ulcère qui a été traité par tous les procédés possibles ; pulvérisations, diachylon, emplâtre de Vigo, greffes. Dès que le malade quitte l'hôpital, l'ulcère s'élargit à nouveau. Les dimensions sont actuellement de 4 sur 8. Les sécrétions sont peu abondantes. Il est entouré d'une peau éléphantiasique. Il ne fait pas souffrir le malade, qui ayant trouvé un petit emploi pour porter des paquets demande à en être débarrassé. Je désinfecte d'abord l'ulcère à l'aide d'une série de pansements successifs. Au deuxième, les bords éléphantiasiques de l'ulcère sont grattés à la curette, l'ulcère atteint ainsi 6 centimètres sur 9. Le 9 mai, élongation du saphène interne, curettage et rapprochement des bords de l'ulcère qui devient fusiforme et étroit, mais ne peut être occlus en aucun point de son étendue. Deux pansements ; l'un pour la plaie d'élongation, l'autre pour l'ulcère. Les jours suivants, l'opéré se plaint d'élancements douloureux au niveau de l'élongation ; aussi dès le 4^e jour, j'enlève le pansement supérieur ; la plaie est réunie ; il n'y a même pas trace d'infection superficielle. Je puis enlever les fils et supprimer le pansement. Le 8^e jour, je défais le pansement de l'ulcère, qui a étonnamment dimi-

nué d'étendue, et bourgeonné : son fond est presque à niveau des parties voisines et l'épiderme a gagné sur les bords de près de 1/2 centimètre, de tous les côtés. J'enlève les fils. Le 18^e jour, second pansement : l'ulcère est complètement cicatrisé : il est recouvert d'une couche épidermique, du reste mince et fragile que je recouvre de vaseline boriquée, et d'un léger pansement ouaté. Je permets la marche. Depuis c'est-à-dire depuis, environ deux mois, la guérison persiste ; l'épidermie qui recouvre l'ulcère s'est épaissi. Il s'est même trop épaissi et tend à prendre la dureté et la consistance pachydermique de l'épiderme environnant.

Jamais aucun traitement n'avait réussi à occlure complètement cet ulcère dont la cicatrisation secondaire a été, on vient de le voir, extraordinairement rapide.

OBSERVATION V. — *Ulcère variqueux avec troubles trophiques.* — *Elongations des saphènes interne et externe.* — *Guérison récente.*

Deb..., cultivateur, 36 ans, est ce type de variqueux à troubles dystrophiques. Il est d'une famille de variqueux et s'est aperçu de ses premières varices à la suite d'un effort fait au régiment : il y avait eu à la suite de ces efforts, rupture d'une varice dans le mollet. Quoi qu'il en soit, peu à peu, depuis cette époque, les pieds, surtout le droit, se sont déformés d'une façon excessive : ils sont véritablement très durs, recouverts d'une peau scléreuse, qui se déchire tous les hivers, à la suite des gelées auxquelles sa profession expose le malade : les orteils sont déviés. Le malade assure qu'ils ne l'étaient pas autrefois ; les ongles sont stratifiés et déviés.

C'est en 1897, à la suite de l'hiver, qu'est apparu à la jambe droite, la moins variqueuse des deux, un petit ulcère siégeant au niveau du tendon d'Achille, et qui depuis a gagné du côté interne du pied. Il saignait à l'effort et a presque réduit cet homme jeune encore, à l'impotence. En effet, il s'oppose, à cause des douleurs, au port d'un bas à varice, et, tout en diminuant détendue lorsque le malade reste au repos, regagne d'emblée le terrain perdu s'il veut marcher.

Il est très proprement pansé ; la peau, pigmentée et fragile, est cependant aussi saine qu'elle peut l'être sur un membre ulcéré.

L'ulcère a 4 centimètres de haut sur 2 de large.

Le 3 juin 1899, élongation des saphènes externe et interne. Avivement de l'ulcère, dont les bords sont réunis par 9 points de suture.

Le 11 juin, premier pansement, réunion complète de la plaie d'élongation et de l'ulcère : j'applique par précaution un simple pansement vaseliné.

Le 25 juin, le malade a cru que tout était guéri, il a jugé inutile de revenir me voir.

IV

Conclusions

I. L'ulcère variqueux paraît être sous la dépendance de lésions des veines et des nerfs périphériques. Ces lésions elles-mêmes peuvent être rattachées à une affection du système nerveux général trophique.

II. Dans la description de l'ulcère variqueux, on retrouve la plupart des symptômes qui caractérisent les troubles trophiques : altérations gangréneuses ou pemphygoïdes de la peau, troubles de la sensibilité thermique, de la sensibilité tactile et de la sécrétion sudorale.

III. Ce sont ces considérations qui ont amené Chipault à leur appliquer le même traitement qu'aux maux perforants : l'élongation nerveuse.

IV. Cette opération comprend deux temps : l'élongation nerveuse et le traitement local de l'ulcère.

V. L'élongation du nerf doit porter sur le nerf sensitif, sur le territoire duquel est situé l'ulcère, en un point ni trop éloigné ni trop rapproché de celui-ci.

VI. Pour découvrir le nerf, il faut recourir à une technique absolument spéciale et précise dont la principale difficulté peut être produite par la rencontre d'énormes pa-

quets variqueux, susceptibles de donner de sérieuses hémorragies.

VII. L'élongation proprement dite se fait en exerçant des tractions sur l'extrémité périphérique du nerf. Ces tractions doivent être légères, car le nerf sclérosé est très fragile.

VIII. Cette opération, plus que toute autre intervention chirurgicale doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques.

IX. Le traitement de l'ulcère consiste à en nettoyer le fond à la curette, et à en régulariser par une incision les bords, que l'on rapproche ensuite très lentement par des sutures.

X. Cette technique a jusqu'à présent donné sur cinq cas, cinq guérisons dont trois datant de plus d'une année.

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse,

RAYMOND

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Baynton.** Description account of a new method of treating old ulcère un the legs. London, 1797.
- Bell.** A treaste on theory and management of ulcus. Trad. Bosquillon, Paris 1883.
- Hunter.** Œuvres, traduites par Richelot, Paris, 1843.
- Sappey.** De l'ulcération et des ulcères. Thèse d'agrégation, Paris, 1847.
- Marcano.** Des ulcères dans les maladies du cœur. *Bulletin de la société anatomique*, 1876, page 691.
- Cartaz.** Sur les ulcères des jambes chez les albuminuriques. *France médicale*, 1877, page 285.
- Auzilhon.** Introduction à l'étude de l'ulcère simple, Montpellier, 1868.
- Séjournet.** Thèse de Paris, 1877.
- Terrier.** Éléments de pathologie chirurgicale générale. T. II. page, 632.
- Gilson.** Article in Nouveau Dict. de médecine et chirurgie. T. 37, page 51.
- Lancereau.** Anatomie pathologique. Traité de l'herpétisme.
- Leonardi.** Thèse, 1888.
- Rigaud.** Société de chirurgie, 1875.
- Fournol.** Thèse, 1879.
- Reclus.** Hyperostoses consécutives aux ulcères rebelles de jambe.
— *Progrès médical*, 1879. Article « ulcère ». Traité de chirurgie Duplay et Reclus. T. I, page, 36.
- Verneuil.** Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs. *Gazette médicale*. 1855.
— Des varices et de leur traitement. *Revue de thérap. méd. et chirurgie*, 1854-1855.
— *Gazette hebdomadaire*, 1861.
— Thèse, 1853.

- Verneuil.** De l'ulcère élévatum tertiaire.
— *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*
- Follin et Duplay.** Pathologie externe, 1878, p. 39.
- Cornil et Ranvier.** Histologie pathologique.
- Cornil.** *Archives de physiologie*, 1872.
- Rienzi.** Giorn. int. del. sc. med., 1882.
- Arnozan et Boursier.** *Société anat. et physiolog. de Bordeaux*, décembre 1882 et 1884.
- Schreider.** Pathogénie des ulcères idiopathique des jambes. Thèse de Paris, 1885.
- Nepveu.** De certains ulcères des téguments dans la paralysie atrophique de l'enfance.
— Mémoire de chirurgie, 1880, page, 231.
- Quénu.** Étude sur la pathogénie des ulcères variqueux, *Revue de chirurgie*, 1882. Tome II, page 877.
— *Société de chirurgie*, 1888.
— Article « varices » dans le traité de chirurgie, Duplay et Reclus. T. II, p. 214.
- Duplay.** *Archives médicales*, 1885.
- Gérard.** Essai sur pathogénie des ulcères variqueux. Thèse de Paris, 1885.
- Iack.** Thèse Doipat, 1887.
- Isnard.** *Archives médicales*, 1886.
- Jeanselme.** Thèse de Paris, 1888.
- Lyot.** Article « ulcères » du traité de chirurgie et opératoire, de Le Dentu et Bellett.
- Schwartz.** Article « varices » dans le même traité.
- Broca.** Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux. Thèse de Paris, 1886.
- Duvault.** De la distension des nerfs comme agent thérapeutique. Thèse de Paris, 1876.
- Schering.** De l'élongation des nerfs. Thèse de Paris, 1885.
- Tripier** (Charles). Contribution à l'étude des ulcères variqueux, 1889-1890, p. 340.
- Chipault.** De l'élongation nerveuse dans les maux perforants.
— *Presse médicale*, septembres 1893.
— Communications à l'Académie de médecine, mai 1898.
— — Société de biologie, mai 1899.

